# OFERTA udziału w realizacji projektu partnerskiego „Kultura bez barier”

## Pełna nazwa i adres podmiotu (zgodna z aktualnym wypisem z krajowego rejestru sądowego):

| **Miejscowość** | **Ulica** | **Nr posesji** | **Kod pocztowy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

| **Gmina** | **Nr telefonu** | **e-mail** | **Adres witryny** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Osoba(y) upoważniona do reprezentacji podmiotu i zaciągania zobowiązań finansowych:

Osoba upoważniona do kontaktu w sprawie oferty:

Telefon(y):

e-mail:

## Informacje o podmiocie

| **Status prawny** | **Nr rejestru sądowego(KRS)** |
| --- | --- |
|  |  |

| **Data wpisu do rejestru sądowego** | **Organ założycielski** |
| --- | --- |
|  |  |

| **Regon** | **NIP** |
| --- | --- |
|  |  |

# OPIS DOŚWIADCZENIA I PERSONELU DEKLAROWANEGO PRZEZ OFERENTA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE PARTNERSKIM „KULTURA BEZ BARIER”

1. Doświadczenie Oferenta w realizacji projektów/programów/przedsięwzięć na rzecz dostępności kultury dla osób z niepełnosprawnościami, które łącznie dotyczyły osób z co najmniej dwoma rodzajami niepełnosprawności oraz które łącznie dotyczyły co najmniej dwóch różnych obszarów kultury, w ciągu ostatnich 5 lat przed ogłoszeniem naboru

| **Lp.** | **Nazwa projektu/programu**  **/przedsięwzięcia** | **Syntetyczny opis projektu – cele, główne działania** | **Rodzaje niepełnosprawności uczestników, do których skierowany był projekt**  **/program/przedsięwzięcie**  **(proszę wymienić z zastosowaniem punktorów)** | **Obszary kultury, których dotyczył projekt/program/**  **przedsięwzięcie (proszę wymienić z zastosowaniem punktorów)** | **Data rozpo-**  **częcia**  **(miesiąc, rok)** | **Data zakoń-**  **czenia (miesiąc, rok)** | **Rola Oferenta w realizacji projektu/programu**  **/przedsięwzięcia** | **Czy projekt realizowany we współpracy międzynarodowej**  **(tak – nie)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Zadeklarowanie co najmniej dwóch ekspertów, z których każdy ma co najmniej 5 lat doświadczenia w działaniach na rzecz dostępności kultury dla osób z niepełnosprawnościami, i którzy łącznie mają doświadczenie w zakresie dostępności kultury dla osób z co najmniej dwoma rodzajami niepełnosprawności oraz w co najmniej dwóch obszarach kultury; którzy są zatrudnieni u Oferenta na podstawie umowy o pracę lub są członkami zarządu Oferenta od co najmniej 1 roku przed ogłoszeniem naboru, lub z którymi Oferent stale współpracuje w oparciu o umowy cywilnoprawne, w tym umowy o wolontariacie i współpraca ta w przypadku każdego eksperta trwa łącznie co najmniej 1 rok przed ogłoszeniem naboru.

| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Liczba lat doświadczenia w realizacji działań służących dostępności kultury dla osób o różnych rodzajach niepełnosprawności** | **Opis doświadczenia w zakresie dostępności kultury dla osób z niepełnosprawnościami** | **Wskazanie rodzajów niepełnosprawności, których dotyczy doświadczenie**  **(proszę wymienić z zastosowaniem punktorów)** | **Wskazanie obszarów kultury, których dotyczy doświadczenie**  **(proszę wymienić z zastosowaniem punktorów)** | **Forma zaangażowania eksperta w działania Oferenta (umowa o pracę, pełnienie funkcji członka zarządu, umowa cywilnoprawna)** | **Liczba lat zaangażowania eksperta w działania Oferenta przed ogłoszeniem naboru** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszej ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# OŚWIADCZENIA I DEKLARACJA OFERENTA

1. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie zalega z opłaceniem składek na ubezpieczenie społeczne.
2. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie zalega z opłacaniem podatków i opłat.
3. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie jest podmiotem powiązanym w rozumieniu załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1).
5. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot nie jest wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania.
6. Oświadczam, że w reprezentowanym przeze mnie podmiocie funkcji członków zarządu lub organów uprawnionych do reprezentowania podmiotu nie pełnią osoby prawomocnie skazane za przestępstwa określone w art. 229 lub art. 230a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

| (imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta) |
| --- |
|  |

W imieniu reprezentowanego przeze mnie podmiotu deklaruję gotowość współpracy z PFRON jako Liderem oraz MKiDN jako Partnerem Strategicznym w trakcie przygotowania wniosku o dofinansowanie projektu oraz podczas jego realizacji.

| (imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta) |
| --- |
|  |

# ZAŁĄCZNIKI

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru potwierdzający formę organizacyjno – prawną podmiotu, osoby uprawnione do reprezentowania i zasady reprezentacji podmiotu.
2. Statut, jeśli podmiot go posiada, lub inny równoważny dokument.
3. Pełnomocnictwo, jeśli składana oferta i oświadczenia podpisywane są przez inną/e osobę/osoby niż osobę/osoby upoważnioną/-e do reprezentowania podmiotu, zgodnie z zasadami reprezentacji podmiotu.